

DETERMINAN TERHADAP TIMBULNYA SKIZOFRENIA PADA PASIEN RAWAT JALAN DI RUMAH SAKIT JIWA PROF. HB SAANIN PADANG SUMATERA BARAT

DETERMINANTS OF SCHIZOPHRENIA OF OUTPATIENTS AT PROF. H.B. SAANIN MENTAL HOSPITAL PADANG SUMATERA BARAT

Erlina¹, Soewadi², Dibyo Pramono³

¹Dinas Kesehatan Padang Pariaman

²Bagian Psikiatri, RSUP Dr. Sardjito, Yogyakarta

³Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, FK UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: According to the survey on mental disorder as many as 44.6 per 1000 Indonesian population in 1995 had serious mental disorder such as schizophrenia. This shows significant increase if compared to data of 1980 whereby only 1 – 2 per 1000 Indonesian population were schizophrenic. In Prof. HB. Saanin Mental Hospital Padang 2007 the number of outpatient visits at organic mental disorder polyclinic were as many as 10,812 people with 5397 people (49.9%) were schizophrenic patients.

Objectives: To identify factors affecting the prevalence of schizophrenia among outpatients at Prof. HB. Saanin Mental Hospital Padang Sumatera Barat.

Methods: This was a case control study with patients of 17.35 years old visiting organic mental disorder polyclinic of Prof. HB. Saanin Mental Hospital Padang as population. Samples were taken using non probability sampling with fixed disease sampling technique. Data analysis used bivariable method with simple logistic statistical test; multivariable method with logistic regression statistical test to measure the relationship between psychosocial, socio cultural and socio demographic factors and the prevalence of schizophrenia. Relationship among variables was measured using OR with CI 95% and $p=0.05$.

Results: Factors related to the incidence of schizophrenia at organic mental disorder polyclinic of Prof. HB. Saanin Mental Hospital Padang based on bivariable analysis were sex (OR=2.37 (95%CI; 1.14 – 4.96), occupation OR=4.33 (95%CI; 1.85-10.29), failure to achieve ideals OR=2.82 (95%CI; 1.38 – 5.78), family rearing pattern OR=1.71 (95%CI; 0.85 – 3.44), economic status OR=6.000 (95%CI; 2.52 – 14.60), on multivariable analysis the most dominant factor affecting the incidence of schizophrenia were economic status OR=7.482 (95%CI; 2.852 – 19.657), $p=0.000$.

Conclusions: There was significant effect of sex, occupational and social economic factors to the incidence of schizophrenia and non schizophrenia. Family rearing pattern was not the greatest factor that affected the prevalence of schizophrenia.

Keywords: schizophrenia, psychological factors, socio cultural factors, socio demographic factors

PENDAHULUAN

Indikator kesehatan jiwa masyarakat adalah morbiditas dan disabilitas yaitu hari-hari produktif yang hilang akibat gangguan jiwa tertentu yang biasanya dinyatakan dalam DALYs Loss (*Disability Adjusted Life Years*), merupakan ukuran dari sebuah *disease burden*. Masalah gangguan jiwa jika tidak dikenal dan ditanggulangi pada gilirannya akan berkontribusi dalam meningkatkan *burden disease*. Menurut data studi *World Bank* di beberapa negara baik yang sedang berkembang maupun negara maju pada tahun 1995 menunjukkan bahwa 8,1% dari *Global Burden of Disease* disebabkan oleh masalah kesehatan jiwa, lebih besar dari tuberkulosis (7,2%), kanker (5,8%), penyakit jantung (4,4%), malaria (2,6%), dan pada tahun 2000 diperkirakan mencapai

12,3%. Data ini menunjukkan bahwa masalah kesehatan jiwa termasuk masalah kesehatan yang cukup besar dibandingkan dengan masalah kesehatan lainnya yang ada di masyarakat dan harus mendapat prioritas tinggi dalam upaya kesehatan masyarakat.¹

Salah satu bentuk gangguan jiwa adalah skizofrenia yang gambarnya mempunyai satu atau lebih dari gejala psikotik berupa gangguan persepsi terhadap lingkungan, kekacauan proses berpikir (waham). Kekacauan dalam berbicara (*inkoheren*) dan kekacauan dalam tingkah laku dan gejala-gejala negatif.²

Laporan WHO menyebutkan satu dari empat orang bakal menderita gangguan mental atau neurologis pada satu saat dalam kehidupannya.

Artinya, hampir setiap orang berisiko menderita gangguan jiwa. Saat ini diperkirakan 450 juta orang menderita gangguan mental, neurologis maupun masalah psikososial, termasuk kecanduan alkohol dan penyalahgunaan obat. Tak kurang dari 121 juta orang mengalami depresi, 50 juta orang menderita epilepsi, dan 24 juta orang mengidap skizofrenia.¹ Berdasarkan survei tentang gangguan jiwa di Indonesia tahun 1995 tercatat sebanyak 44,6 per 1000 penduduk Indonesia menderita gangguan jiwa berat seperti skizofrenia. Data ini memperlihatkan peningkatan yang cukup bermakna jika dibandingkan data tahun 1980-an dimana penderita skizofrenia di Indonesia hanya 1-2 tiap 1000 penduduk.³

Menurut data yang diperoleh dari Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Prof. H.B Saanin Padang pada tahun 2007, jumlah kunjungan penderita rawat jalan di poli gangguan mental organik (GMO) sebanyak 10.812 orang, diantaranya sebanyak 5397 orang (49,9%) menderita gangguan jiwa skizofrenia.⁴

Skizofrenia berdampak pada finansial, yang berpengaruh pada individu yang mengalami, keluarga dan masyarakat, karena masih terdapatnya pandangan negatif (*stigma*), pasien serta keluarganya sering mendapat penolakan sosial dari masyarakat akibat ketidaktahuan masyarakat terhadap jenis gangguan jiwa.⁵

Skizofrenia disebabkan karena faktor multifaktorial yang terkait satu sama lain. Menurut model *diatestis stress*, integrasi antara faktor biologis, faktor psikososial dan faktor lingkungan dapat menimbulkan skizofrenia. Seseorang yang rentan (*diatestis*) jika dikenai stresor akan lebih mudah untuk menjadi skizofrenia.²

Menurut Maramis⁶, sumber penyebab gangguan jiwa dipengaruhi oleh faktor somatik, faktor psikologi dan faktor sosio-budaya yang secara terus-menerus saling mempengaruhi. Munculnya gejala skizofrenia diakibatkan dari adanya perubahan pola lingkungan, perilaku dan akibat kondisi biologik individu tersebut. Pada perkembangan psikologi yang salah terjadi ketidakmatangan atau fiksasi bahwa individu gagal berkembang lebih lanjut pada fase berikutnya dan ada tempat-tempat yang lemah (rentan). Individu yang rentan tersebut apabila dikenai stres psikososial seperti status ekonomi yang rendah, gagal dalam mencapai cita-cita dan konflik yang berlarut-larut, kematian keluarga yang dicintai dan lain sebagainya dapat berkembang menjadi gangguan jiwa skizofrenia.

Ada beberapa faktor psikososial yang mempengaruhi gangguan jiwa skizofrenia, yaitu sosial ekonomi rendah dan stres lingkungan.⁷ Menurut Mallett *et al*⁸ bahwa kehilangan orangtua dan pengangguran merupakan faktor psikososial yang dapat mempengaruhi terjadinya gangguan jiwa skizofrenia.

Konflik keluarga sangat mempengaruhi perkembangan psikopatologis anak. Konflik dalam keluarga juga akan mempengaruhi sikap atau didikan orangtua terhadap anak, dan sikap orangtua sangat berpengaruh terhadap pola asuh kepada anak.⁹

Pola pengasuhan orangtua mempengaruhi perkembangan perilaku sosial anak. Terjadinya psikosis atau skizofrenia kemungkinan disebabkan pada masa kanak-kanaknya mendapatkan perlakuan kekerasan, sehingga menimbulkan trauma yang mendalam pada diri anak.¹⁰

Tujuan penelitian ini untuk mengidentifikasi besarnya peran faktor-faktor konflik keluarga, perpisahan dengan orangtua, gagal mencapai cita-cita, pola asuh keluarga, status ekonomi, umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan dan status perkawinan terhadap timbulnya skizofrenia dan non skizofrenia dan mengidentifikasi peran faktor pola asuh keluarga sebagai faktor yang terbesar dibandingkan dengan faktor-faktor lain terhadap timbulnya skizofrenia.

Melihat kenyataan pada uraian di atas, maka didapatkan permasalahan apakah ada perbedaan yang bermakna antara timbulnya skizofrenia dan non skizofrenia berdasarkan konflik keluarga, perpisahan dengan orangtua, gagal mencapai cita-cita, pola asuh keluarga, status ekonomi, umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan dan status perkawinan dan apakah pola asuh keluarga merupakan faktor yang berperan terbesar dibandingkan dari faktor-faktor yang lain terhadap timbulnya skizofrenia dan non skizofrenia.

Berdasarkan permasalahan di atas maka diajukan hipotesa antara lain: ada perbedaan yang bermakna antara faktor-faktor yang berperan terhadap timbulnya skizofrenia pada pasien rawat jalan di RSJ. Prof.H.B Saanin Padang Sumatera Barat dan faktor Pola asuh keluarga merupakan faktor yang berperan terbesar dibandingkan dari faktor-faktor yang lain terhadap timbulnya skizofrenia dan non skizofrenia.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian *case control* berbasis rumah sakit dan pengambilan sampel dilakukan dengan cara *non probability sampling* dengan metode *fixed disease sampling*.

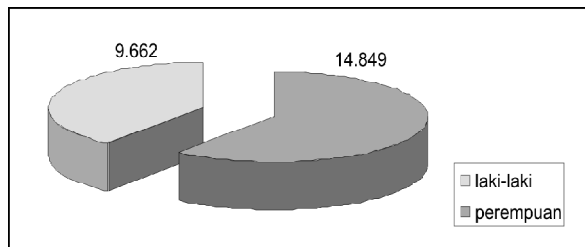
Variabel dependen dalam penelitian ini adalah skizofrenia. Variabel independennya adalah konflik dalam keluarga, perpisahan dengan orangtua pada masa kanak-kanak, gagal dalam cita-cita, pola asuh keluarga, status ekonomi, umur, jenis kelamin, pekerjaan, status pendidikan dan status perkawinan.

Pengumpulan data dengan cara wawancara menggunakan kuesioner. Pengumpulan data secara deskriptif, analisis bivariabel dan analisis multivariabel dengan menggunakan *multiple logistic regression*

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Data kunjungan pasien rawat jalan di RSJ. Prof. HB Saanin Padang tahun 2007

Jumlah kunjungan pasien rawat jalan di RSJ Prof. H.B. Saanin Padang sebanyak 24.551 kunjungan. Paling banyak adalah laki-laki sebesar 14.849 (65,1%) dan perempuan sebesar 9.662 (34,9%). Terlihat pada Gambar 1.



Gambar 1. Proporsi kunjungan rawat jalan menurut jenis kelamin

2. Data jumlah kunjungan rawat jalan menurut 10 jenis diagnosa penyakit terbanyak di RSJ. Prof. HB Saanin Padang tahun 2007

Menurut diagnosis penyakit terbanyak adalah skizofrenia paranoid sebanyak 4.612 (42,6%) dan paling sedikit adalah skizofrenia hebefrenik sebesar 298 (2,7%). Terlihat pada Tabel 1.

3. Distribusi frekuensi variabel penelitian

Dari Tabel 2 menunjukkan subyek penelitian berdasarkan variabel umur, pada kelompok skizofrenia umur 17-24 tahun sebanyak 14 (18,7%) dan umur 25-35 tahun sebanyak 61 (81,3%). Pada non skizofrenia, umur 17-24 tahun sebanyak 16 (21,3%) (81,3%), dan umur 25-35 tahun sebanyak 59 (78,7%).

Jumlah laki-laki pada kelompok skizofrenia sebanyak 54 (72%) lebih banyak dari perempuan sebanyak 21 (28%). Pada non skizofrenia, proporsi laki-laki sebanyak 39 (52%) juga lebih banyak dari perempuan yaitu sebanyak 36 (48%).

Pada kelompok skizofrenia, jumlah tidak bekerja 64 (85,3%) lebih banyak dari bekerja 11 (14,6%) dan pada kelompok non skizofrenia, jumlah tidak bekerja 43 (57,3%) juga lebih banyak dari yang bekerja

Tidak tamat sekolah dasar yang menderita skizofrenia 3 orang (4%), tamat sekolah dasar 9 orang (12%), tamat SLTP 22 orang (29,3), tamat SLTA 36 orang (48%) dan PT 5 orang (6,6%). Pada kelompok non skizofrenia, tidak tamat SD sebanyak 4 (1%), tamat SD 13 orang (17,3%), tamat SLTP 21 orang (28%), tamat SLTA (45,3%) dan PT (8%).

Status perkawinan pada kelompok skizofrenia, sebanyak 16 orang (21,3%) menikah, belum menikah

Tabel 1. Data jumlah pengunjung rawat jalan (poliklinik) GMO menurut 10 jenis diagnosa penyakit terbanyak

Diagnosa	Jumlah	%
Skizofrenia paranoid	4.612	42,6
Gangguan afektif bipolar episode Kini manik dengan gejala Psikotik	1.692	15,6
Gangguan afektif bipolar episode kini depresi berat dengan gejala Psikotik	1.146	10,6
Gangguan kepribadian dan perilaku akibat penyakit, kerusakan dan disfungsi otak.	808	7,4
Gangguan anxietas lainnya	686	6,3
Skizofrenia residual	487	4,5
Gangguan psikotik akut dan sementara	437	4,04
Gangguan waham menetap	343	3,2
Gangguan campuran anxietas dan depresi	303	2,8
Skizofrenia hebefrenik	298	2,7
Jumlah	10.812	100

Tabel 2. Distribusi frekuensi faktor-faktor yang berperan terhadap timbulnya skizofrenia

Variabel	Skizofrenia		Non Skizofrenia	
	N	%	N	%
Umur				
- 17-24 tahun	14	18,7	16	21,3
- 25-35 tahun	61	81,3	59	76,7
Jenis kelamin				
- Laki-laki	54	72	39	52
- Perempuan	21	28	36	48
Pekerjaan				
- Tidak bekerja	64	85,3	43	57,3
- Bekerja	11	14,6	32	42,7
Status pendidikan				
- Tidak tamat SD	3	4	1	1,3
- SD	9	12	13	17,3
- SLTP	22	29,3	21	28
- SLTA	36	48	34	45,3
- PT	5	6,6	6	8
Status perkawinan				
- Menikah	16	21,3	31	21,3
- Belum menikah	50	66,7	33	66,7
- Janda/duda	9	12	11	12
Konflik keluarga				
- Ya	27	36	25	33,3
- Tidak	48	64	50	66,7
Perpisahan dengan orangtua				
- Ya	19	25,3	15	20
- Tidak	56	74,7	60	80
Gagal mencapai cita-cita				
- Ya	47	62,7	28	37,3
- Tidak	28	37,3	47	62,7
Pola asuh keluarga				
- Patogenik	43	57,3	30	40,0
- Tidak patogenik	32	42,7	45	60,0
Status Ekonomi				
- Rendah	65	86,7	39	52
- Tinggi	10	13,3	36	48

50 orang (66,7%), dan berstatus janda/duda sebanyak 9 orang (12%), pada kelompok non skizofrenia sebanyak 31 orang (41,3%) menikah, belum menikah 33 orang (44%) dan yang berstatus janda/duda sebanyak 11 orang (14,7%).

Subyek penelitian pada kelompok skizofrenia yang mengalami konflik keluarga sebanyak 27 orang (36%) dan yang tidak mengalami konflik keluarga sebanyak 48 orang (64%). Pada kelompok non skizofrenia yang mengalami konflik keluarga sebesar 25 orang (33,3%) dan yang tidak mengalami konflik keluarga sebanyak 50 orang (66,7%).

Subyek penelitian pada kelompok skizofrenia yang mengalami perpisahan dengan orangtua sebanyak 19 orang (25,3%) dan yang tidak perpisahan dengan orangtua sebanyak 56 orang (74,7%). Pada kelompok non skizofrenia yang mengalami perpisahan dengan orangtua sebesar 15 orang (20%) dan yang tidak mengalami konflik keluarga sebanyak 60 orang (80%).

Subyek penelitian pada kelompok skizofrenia yang gagal mencapai cita-cita sebanyak 47 orang (62,7%) dan tidak gagal mencapai cita-cita sebanyak 28 orang (37,3%). Pada kelompok non skizofrenia yang gagal mencapai cita-cita sebesar 28 orang (37,3%) dan yang tidak gagal mencapai cita-cita sebanyak 47 orang (62,7%).

Subyek penelitian pada kelompok skizofrenia yang pola asuh keluarga patogenik sebanyak 41 orang (54,7%) dan pola asuh keluarga tidak patogenik sebanyak 34 orang (45,3%). Pada kelompok non skizofrenia yang pola asuh keluarga patogenik sebesar 31 orang (41,3%) dan pola asuh tidak patogenik sebanyak 44 orang (58,7%).

Subyek penelitian pada kelompok skizofrenia berstatus ekonomi rendah sebanyak 65 orang (86,7%) dan berstatus ekonomi tinggi sebanyak 10 orang (13,3%). Pada kelompok non skizofrenia yang berstatus ekonomi rendah sebesar 39 orang (52%) dan berstatus ekonomi tinggi sebanyak 38 orang (48,7%).

4. Analisis bivariabel faktor-faktor yang berperan terhadap timbulnya skizofrenia

Untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara dua variabel, yaitu variabel bebas (umur, jenis kelamin, pekerjaan, status pendidikan, status perkawinan, konflik keluarga, perpisahan dengan orangtua, gagal mencapai cita-cita, pola asuh keluarga dan status ekonomi) dengan variabel terikat (skizofrenia) maka dilakukan analisis bivariat sehingga dapat dihitung *Odds Ratio* (OR) dengan interval kepercayaan (*confidents interval*) 95% dan tingkat kemaknaan (*significant*) berdasarkan nilai $p < 0,05$. Hasil uji analisis bivariat selengkapnya disajikan pada Tabel 3.

Dari Tabel 3 menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna pada variabel jenis kelamin ($p=0,011$) pekerjaan ($p=0,000$) gagal mencapai cita-cita ($p=0,001$), pola asuh keluarga ($p=0,035$) dan status ekonomi ($p=0,000$) terhadap timbulnya gangguan jiwa skizofrenia. Tidak ditemukan perbedaan yang bermakna antara umur, status pendidikan, status

perkawinan, konflik keluarga, perpisahan dengan orangtua terhadap timbulnya skizofrenia ($p > 0,05$).

5. Analisis multivariabel

Analisis multivariabel merupakan suatu model yang lazim digunakan untuk melihat kemaknaan hubungan beberapa variabel bebas dengan variabel tergantung. Dalam analisis multivariabel, jenis yang paling sering dipakai adalah uji regresi logistik dan regresi multipel pada variabel berskala dikotomi. Variabel-variabel yang disertakan dalam model analisis multivariat adalah yang mempunyai kemaknaan cukup tinggi ($p < 0,25$) dan memiliki kemaknaan biologis.

Ada lima variabel yang diteliti memenuhi syarat untuk dimasukkan dalam uji analisis multivariabel yaitu jenis kelamin, pekerjaan, gagal mencapai cita-cita, pola asuh keluarga dan status ekonomi. Hasil uji analisis multi variabel yang diteliti diuraikan pada Tabel 4.

Tabel 3. Hasil analisis bivariabel faktor-faktor yang berperan terhadap timbulnya skizofrenia

Variabel	Skizofrenia	Non skizofrenia	χ^2	P	OR	95%CI
Umur						
- 17-24 tahun	14	16	0,167	0,683	1,182	0,53-2,634
- 25-35 tahun	61	59				
Jenis kelamin						
- Laki-laki	54	39	6,32	0,011*	2,37	1,14-4,96
- Perempuan	21	36				
Pekerjaan						
- Tidak bekerja	64	43	14,28	0,000*	4,33	1,85-10,29
- Bekerja	11	32				
Status pendidikan						
- tidak tamat SD	3	1	1,949	0,326	0,278	0,28-46,37
- SD	9	13		0,803	1,204	0,193-3,57
- SLTP	22	21		0,736	0,795	0,33-4,75
- SLTA	36	34		0,713	0,787	0,35-4,55
- PT	5	6				
Status perkawinan						
- Menikah	16	31	8,597	0,390	1,598	0,594-4,61
- Belum menikah	50	33				
- Janda/duda	9	11		0,540	0,540	0,202-1,44
Konflik keluarga						
- Ya	27	25	0,12	0,732	1,13	0,54-2,33
- Tidak	48	50				
Perpisahan dengan orangtua						
- Ya	19	15	0,610	0,436	0,737	0,34-1,589
- Tidak	56	60				
Gagal mencapai cita-cita						
- Ya	47	28	9,56	0,001*	2,82	1,38-5,78
- Tidak	28	47				
Pola asuh keluarga						
- Patogenik	43	30	4,533	0,035*	0,496	0,29-0,955
- Tidak patogenik	32	45				
Status Ekonomi						
- Rendah	65	39	21,06	0,000*	6,00	2,52-14,60
- Tinggi	10	36				

Tabel 4. Hasil regresi logistik faktor-faktor yang berperan dengan kejadian skizofrenia

Variabel	B	SE	Nilai p	OR	95%CI
Jenis kelamin	1,345	0,443	0,002	0,261	0,109-0,621
Pekerjaan	1,826	0,477	0,000	6,210	2,439-15,810
Gagal mencapai cita-cita	0,399	0,412	0,333	1,490	0,665-3,341
Pola asuh keluarga	-0,503	0,452	0,266	0,605	0,249-1,467
Status ekonomi	2,013	0,492	0,000	7,482	2,852-19,657
-2 Log Likelihood				158,988	
Cox & Snell R Square				0,278	
Nagelkerke R Square				0,371	
Overall percentage				72,0	

Dari Tabel 4 menunjukkan bahwa jenis kelamin, pekerjaan dan status ekonomi merupakan faktor yang berperan terhadap timbulnya kejadian skizofrenia pada pasien rawat jalan di Poliklinik GMO RSJ. Prof.H.B.Saanin Padang, dengan nilai $OR > 1$ dan signifikansi $p < 0,05$. Faktor yang paling bermakna adalah faktor sosial ekonomi dengan nilai $OR = 7,482$, $p = 0,000$. Melihat nilai *Nagelkerke R Square* sebesar 0,37 (37%) berarti ada 63% faktor lain yang tidak diteliti dalam penelitian ini berperan dengan kejadian skizofrenia.

Pembahasan

Faktor-faktor yang berperan terhadap timbulnya skizofrenia

a. Umur

Dari Tabel 2, pada kelompok skizofrenia jumlah umur 25-35 tahun (81,3%) lebih banyak dari umur 17-24 tahun (18,7%) dan pada non skizofrenia jumlah umur 25-35 tahun (78,7%) lebih banyak dari umur 17-24 tahun (21,3%)

Pada analisis bivariabel diperoleh nilai $OR = 1,182$ (95% CI: 0,53-2,634) dengan nilai $p = 0,683$ artinya secara statistik tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara timbulnya skizofrenia dan non skizofrenia berdasarkan umur ($p > 0,05$), tetapi secara praktis umur 25-35 tahun kemungkinan berisiko 1,8 kali lebih besar menderita skizofrenia dibandingkan umur 17-24 tahun. Pada penelitian ini umur dibatasi sampai usia 35 tahun, untuk mengurangi bias informasi pada waktu melakukan wawancara pada saat penelitian. Penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan Fakhari *et al*¹¹ menyatakan umur 17-24 tahun lebih berisiko menderita gangguan jiwa dibandingkan usia yang lebih tua ($p = 0,001$). Perbedaan hasil yang didapatkan karena adanya perbedaan metode, subyek penelitian dan lokasi penelitian

b. Jenis kelamin

Pada kelompok skizofrenia proporsi terbanyak adalah laki-laki (72%), demikian pada kelompok non skizofrenia terbanyak juga laki-laki dengan presentase sebesar 52%. Nilai $OR = 2,37$ (95%CI: 1,14-4,96) dengan nilai $p = 0,011$, secara statistik terdapat perbedaan yang bermakna antara timbulnya skizofrenia dan non skizofrenia berdasar jenis kelamin ($p < 0,05$) dan kemungkinan laki-laki berisiko 2,37 kali lebih besar mengalami kejadian skizofrenia dibandingkan perempuan.

Pada analisis multivariat didapatkan hasil $OR = 0,261$ (95%CI: 0,109-0,621) dan nilai $p = 0,002$ menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna antara timbulnya skizofrenia dan non skizofrenia berdasar jenis. Penelitian ini sesuai dengan penelitian Cordosa *et al*¹² di Rio de Janeiro yang menyimpulkan bahwa laki-laki lebih berisiko 2,48 untuk menderita skizofrenia dibandingkan perempuan.

Suara Merdeka¹³, menyatakan kaum pria lebih mudah terkena gangguan jiwa karena kaum pria yang menjadi penopang utama rumah tangga sehingga lebih besar mengalami tekanan hidup, sementara Cordosa *et al*¹² mengemukakan kenapa perempuan lebih sedikit berisiko menderita gangguan jiwa dibandingkan laki-laki karena perempuan lebih bisa menerima situasi kehidupan dibandingkan dengan laki-laki. Tetapi menurut Alexander¹⁴ dan Fakhari *et al*¹¹, wanita lebih mempunyai risiko untuk menderita stres psikologik dan juga wanita relatif lebih rentan bila dikenai trauma. Sementara menurut Kaplan & Sadock² prevalensi skizofrenia antara laki-laki dan perempuan adalah sama.

c. Pekerjaan

Pada kelompok skizofrenia, jumlah tidak bekerja 64 (85,3%) lebih banyak dari bekerja 11 (14,6%) dan

pada kelompok non skizofrenia, jumlah tidak bekerja 43 (57,3%)% juga lebih banyak dari yang bekerja.

Pada analisis bivariabel diperoleh nilai $OR=4,33$ (95%CI; 1,85-10,28), nilai $p=0,000$. Artinya secara statistik terdapat perbedaan yang bermakna antara pekerjaan terhadap timbulnya skizofrenia dibandingkan non skizofrenia. Pada analisis multivariabel juga menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna antara timbulnya skizofrenia berdasar pekerjaan bila dibandingkan dengan non skizofrenia ($p=0,000$, $OR=6,210$ (95%CI: 2,439-15,810)). Jadi orang yang tidak bekerja kemungkinan mempunyai risiko 6,2 kali lebih besar menderita skizofrenia dibandingkan yang bekerja. Penelitian ini sesuai dengan penelitian Mallet *et al*⁸, yang menyatakan ada hubungan yang bermakna antara status pekerjaan dengan timbulnya skizofrenia ($OR=5,5$ (95%CI 2,59-11,68), $p=0,000$).

Menurut Van Den¹⁵ orang yang tidak bekerja akan lebih mudah menjadi stres yang berhubungan dengan tingginya kadar hormon stres (kadar *cathecholamine*) dan mengakibatkan ketidakberdayaan, karena orang yang bekerja memiliki rasa optimis terhadap masa depan dan lebih memiliki semangat hidup yang lebih besar dibandingkan dengan yang tidak bekerja¹⁶ dan juga menurut Smet¹⁷ setiap kerja mempunyai *stress agents* yang potensial, tetapi masing-masing bervariasi dalam tingkatan pengalaman stresnya. Yang biasanya terjadi adalah kombinasi dari faktor stres yang kemudian menjadi tidak sehat.

d. Status pendidikan

Tidak tamat sekolah dasar yang menderita skizofrenia sebanyak 3 orang (4%), tamat sekolah dasar 9 orang (12%), tamat SLTP 22 orang (29,3%), tamat SLTA 36 orang (48%) dan PT 5 orang (6,6%). Pada kelompok non skizofrenia, tidak tamat SD sebanyak 4 (1%), tamat SD 13 orang (17,3%), tamat SLTP 21 orang (28%), tamat SLTA (45,3%) dan PT (8%). Pada analisis bivariat tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara status pendidikan terhadap timbulnya skizofrenia dan non skizofrenia ($p>0,05$). Hal ini terlihat juga pada jadi status pendidikan tidak mempunyai pengaruh terhadap timbulnya skizofrenia, tetapi tergantung kapan onset terjadinya gangguan tersebut. Tetapi berbeda pada penelitian. Sedikit berbeda dengan penelitian Fakhari *et al*¹¹ dengan hasil yang ditemukan ada hubungan yang bermakna antara tidak punya pendidikan atau tidak

tamat SD dengan timbulnya gangguan jiwa ($p<0,001$).

e. Status perkawinan

Status perkawinan pada kelompok skizofrenia, sebanyak 16 orang (21,3%) menikah, belum menikah 50 orang (66,7%), dan berstatus janda/duda sebanyak 9 orang (12%), serta pada kelompok non skizofrenia sebanyak 31 orang (41,3%) menikah, belum menikah 33 orang (44%) dan yang berstatus janda/duda sebanyak 11 orang (14,7%). Pada analisis bivariabel, belum menikah kemungkinan berisiko untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia dibandingkan yang menikah tetapi secara statistik tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara status perkawinan dengan timbulnya skizofrenia dan non skizofrenia ($OR=1,598$; 95%CI; 0,594-4,61, $p>0,390$). Penelitian ini sesuai dengan penelitian Mallett *et al*⁸ yang menyatakan tidak ada hubungan antara status perkawinan terhadap timbulnya skizofrenia, tetapi berbeda dengan penelitian Fakhari *et al*¹¹ yang menyatakan ada perbedaan bermakna antara status perkawinan terhadap kejadian gangguan jiwa skizofrenia ($p<0,001$).

Status marital perlu untuk pertukaran ego ideal dan identifikasi perilaku antara suami dan istri menuju tercapainya kedamaian.¹⁸ Menurut Maramis⁶ perhatian dan kasih sayang adalah fundamental bagi pencapaian suatu hidup yang berarti dan memuaskan.

f. Konflik keluarga

Subyek penelitian pada kelompok skizofrenia yang mengalami konflik keluarga sebanyak 27 orang (36%) dan yang tidak mengalami konflik keluarga sebanyak 48 orang (64%). Pada kelompok non skizofrenia yang mengalami konflik keluarga sebesar 25 orang (33,3%) dan yang tidak mengalami konflik keluarga sebanyak 50 orang (66,7%). Pada analisis bivariabel diperoleh hasil secara statistik tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara timbulnya skizofrenia dan non skizofrenia berdasar konflik keluarga. Tetapi secara praktis konflik keluarga kemungkinan berisiko 1,13 kali untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia dibandingkan tidak ada konflik keluarga ($OR=1,13$; 95%CI; 0,54-2,33), $p=0,732$. Menurut Townsead *et al*⁹ yang melakukan penelitian pada 55 orang anak usia 5-17 tahun menyatakan ada hubungan yang signifikan antara problem keluarga yang tidak terpecahkan dengan gejala-gejala depresi yang persisten. Jadi

konflik keluarga tidaklah langsung menimbulkan gangguan jiwa skizofrenia tetapi konflik keluarga yang berlarut-larut dapat mengganggu perkembangan mental seseorang yang jika pribadi itu rentan dapat menimbulkan gangguan jiwa skizofrenia.

Konflik dalam keluarga dapat mengakibatkan kehilangan rasa aman, kehilangan rasa cinta, perasaan istimewa dan akan membekas sampai dewasa awal.¹⁹

g. Perpishan dengan orangtua

Subyek penelitian pada kelompok skizofrenia yang mengalami perpishan dengan orangtua sebanyak 19 orang (25,3%) dan yang tidak perpishan dengan orangtua sebanyak 56 orang (74,7%). Pada kelompok non skizofrenia yang mengalami perpishan dengan orangtua sebesar 15 orang (20%) dan yang tidak mengalami konflik keluarga sebanyak 60 orang (80%). Pada analisis bivariabel diperoleh hasil secara statistik tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara timbulnya skizofrenia dan non skizofrenia berdasar perpishan dengan orangtua. Penelitian ini sesuai dengan penelitian Mallett *et al*⁶ yang melakukan penelitian pada etnik asia yang menyatakan tidak terdapat hubungan antara terpisah dengan orangtua terhadap tmbulnya skizofrenia ($p=0,34$), tetapi berbeda pada etnik Afrika-Karibbia bersamaan dengan penelitian ini, dijumpai hubungan yang bermakna antara terpisah dengan orangtua terhadap timbulnya skizofrenia ($OR=5,00$ (95%CI:1,09-22,82), $p=0,038$).

Perpecahan dalam keluarga: perceraian orangtua, adopsi, kematian orangtua merupakan satu dari faktor risiko untuk perkembangan anak, jelasnya tidak hanya perpishan itu sendiri tetapi periode yang panjang dari perselisihan dan banyaknya ketidakharmonisan yang akhirnya menimbulkan gangguan berikutnya pada anak.

Kenapa pada etnik Asia termasuk Indonesia dan pada lokasi penelitian peneliti, faktor kehilangan orangtua tidak mempengaruhi untuk terjadinya gangguan jiwa, menurut peneliti karena hubungan kekerabatan pada masyarakat kita masih erat, sehingga seorang anak masih mendapatkan kasih sayang dari keluarga yang lain, tetapi walaupun demikian ini memerlukan penelitian lebih lanjut.

h. Gagal mencapai cita-cita

Subyek penelitian pada kelompok skizofrenia yang gagal mencapai cita-cita sebanyak 47 orang

(62,7%) dan tidak gagal mencapai cita-cita sebanyak 28 orang (37,3%). Pada kelompok non skizofrenia yang gagal mencapai cita-cita sebesar 28 orang (37,3%) dan yang tidak gagal mencapai cita-cita sebanyak 47 orang (62,7%). Pada analisis bivariabel diperoleh nilai $OR=2,82$ (95%CI:1,38-5,78), $p=0,001$. Artinya secara statistik terdapat perbedaan yang bermakna antara timbulnya skizofrenia dan non skizofrenia berdasar gagal mencapai cita-cita. ($p<0,05$). Pada analisis multivariat menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara gagal mencapai cita-cita terhadap kejadian skizofrenia ($p=0,333$). Pada analisis multivariabel diperoleh hasil secara statistik tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara timbulnya skizofrenia dan non skizofrenia berdasar gagal mencapai cita-cita, tetapi secara praktis gagal mencapai cita-cita kemungkinan berisiko 1,49 untuk mengalami gangguan jiwa dibandingkan tidak gagal dalam cita-cita ($OR=1,490$; 95%CI: 0,665-3,341, $p=0,333$).

Menurut Maramis⁶ kita sering membandingkan diri kita dengan orang lain, kita mengukur harga diri kita dan harga diri orang lain sebagian besar dengan kedudukan, prestasi dan kekayaan. Nilai-nilai sosial seperti ini membawa kita kepada pertimbangan motivasi yang kuat agar sekurang-kurangnya berprestasi sama dan bila mungkin, lebih dari ini. Untuk menghadapi keadaan seperti itu, maka cara kompensasi sangat berguna, akan tetapi bila akibatnya menimbulkan kecemasan yang hebat atau menjadi keterlaluan atau mengambil bentuk antisosial, maka kompensasi itu akan lebih banyak menghalang-halangi kita daripada membantu.

i. Pola asuh keluarga

Subyek penelitian pada kelompok skizofrenia yang pola asuh keluarga patogenik sebanyak 41 orang (54,7%) dan pola asuh keluarga tidak patogenik sebanyak 34 orang (45,3%). Pada kelompok non skizofrenia yang pola asuh keluarga patogenik sebesar 31 orang (41,3%) dan pola asuh tidak patogenik sebanyak 44 orang (58,7%). Pada analisis bivariabel diperoleh nilai $OR=4,533$ (95%CI:0,29-0,951), $p=0,035$. Secara statistik menunjukkan ada perbedaan yang bermakna antara skizofrenia dan non skizofrenia berdasar adanya pola asuh keluarga. Pola asuh keluarga patogenik mempunyai risiko 4,5 kali untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia dibandingkan dengan pola asuh keluarga tidak patogenik. Sesuai dengan hasil

penelitian Schafer *et al*²⁰ yang melakukan penelitian pada 30 pasien wanita dengan skizofrenia, menyebutkan ada korelasi yang bermakna antara anak-anak yang ditelantarkan baik secara fisik maupun mental dengan gangguan kejiwaan.

Pada analisis multivaribel diperoleh hasil $OR=0,605$; $95\%CI;0,249-1,467$. $P=0,266$. Secara statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara skizofrenia dan non skizofrenia berdasar adanya pola asuh keluarga.

Dalam keadaan krisis timbul bermacam-macam perasaan yang tidak enak, seperti cemas, takut, rasa salah atau malu, tergantung pada keadaan. Pengaruh keluarga sangat menolong individu dalam mengatasi krisis sesuai dengan adat istiadat, kebudayaan atau pengalaman keluarga itu. Keluarga harus menolong individu agar ia secara aktif menemukan cara penyelesaian masalahnya dan bukan agar ia menghindar tantangan atau memakai mekanisme pembelaan yang sekedar untuk menghilangkan ketegangan. Jelas bahwa pada waktu krisis individu itu lebih membutuhkan dan lebih tergantung pada hubungan antar manusia¹⁰

j. Status ekonomi

Subyek penelitian pada kelompok skizofrenia berstatus ekonomi rendah sebanyak 65 orang (86,7%) lebih banyak dari yang berstatus ekonomi tinggi sebanyak 10 orang (13,3%). Pada kelompok non skizofrenia yang berstatus ekonomi rendah sebesar 39 orang (52%) lebih banyak dari yang berstatus ekonomi tinggi sebanyak 38 orang (48,7%). Pada hasil bivariabel diperoleh nilai $OR=6,00$ ($95\% CI;2,52-14,60$), $p=0,000$. Secara statistik menunjukkan ada perbedaan yang bermakna antara skizofrenia dan non skizofrenia berdasar adanya status ekonomi. Status ekonomi rendah mempunyai risiko 6,00 kali untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia dibandingkan status ekonomi tinggi. Pada analisis multivariabel, status ekonomi rendah berisiko 7,4 kali untuk menderita gangguan jiwa skizofrenia dibanding dengan status ekonomi tinggi dengan $OR=7,482$ ($95\%IK;2,852-19,657$) dengan $p=0,000$. Artinya kelompok ekonomi rendah kemungkinan mempunyai risiko 7,48 kali lebih besar mengalami kejadian skizofrenia dibandingkan kelompok ekonomi tinggi.

Menurut Werner *et al*.²¹, yang melakukan penelitian di Israel mengatakan orang yang dilahirkan mempunyai orangtua yang berstatus sosio ekonomi

dan didaerah miskin berhubungan dengan peningkatan risiko skizofrenia ($OR1,39$ ($95\%CI;1,10-1,78$), $p<0,00$).

Status ekonomi rendah sangat mempengaruhi kehidupan seseorang. Beberapa ahli tidak mempertimbangkan kemiskinan (status ekonomi rendah) sebagai faktor risiko, tetapi faktor yang menyertainya bertanggung jawab atas timbulnya gangguan kesehatan. Menurut Graham²², keluarga adalah faktor perantara yang paling penting. Ketika kehidupan keluarga dipengaruhi oleh penyebab lingkungan (rumah yang kecil, tidak adanya waktu dan rasa aman) maka hal ini merupakan beban bagi orangtua yang akibatnya akan mempengaruhi kesehatan anak. Kemiskinan ditandai dengan oleh sedikitnya dukungan, sedikitnya keselamatan, tidak adanya ruang sehingga terlalu sesak, tidak adanya kebebasan pribadi, ketidakpastian dalam masalah ekonomi yang akhirnya mungkin menimbulkan risiko kesehatan bagi keluarga.

Suara Merdeka¹³, menyebutkan himpitan ekonomi memicu orang menjadi rentan dan terjadi berbagai peristiwa yang menyebabkan gangguan jiwa. Jadi, penyebab gangguan jiwa bukan sekadar stresor psikososial melainkan juga stresor ekonomi. Dua stresor ini kait-mengait, makin membuat persoalan yang sudah kompleks menjadi lebih kompleks.

Pada hasil analisis multivaribel dari Tabel 4 menunjukkan bahwa jenis kelamin, pekerjaan dan status ekonomi merupakan faktor yang berperan terhadap timbulnya kejadian skizofrenia pada pasien rawat jalan di Poliklinik GMO RSJ. Prof.H.B.Saanin Padang, dengan nilai $OR>1$ dan signifikansi $p<0,05$. Faktor yang paling bermakna adalah faktor sosial ekonomi dengan nilai $OR=7,482$, $p=0,000$. Dengan melihat nilai *Nagelkerke R Square* sebesar 0,37 (37%) berarti ada 63% faktor lain yang tidak diteliti dalam penelitian ini berperan dengan kejadian skizofrenia.

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilaksanakan di RSJ Prof. H.B. Saanin Padang dapat disimpulkan ada perbedaan peran yang bermakna antara faktor jenis kelamin, pekerjaan dan status ekonomi terhadap timbulnya skizofrenia dan non skizofrenia dan faktor pola asuh keluarga bukan merupakan faktor terbesar yang berperan pada timbulnya skizofrenia.

KEPUSTAKAAN

1. Depkes RI. Buku Pedoman Pelayanan Kesehatan Jiwa di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dasar. Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Kesehatan. Direktorat Bina Pelayanan Kesehatan Jiwa. Jakarta. 2006.
2. Kaplan and Sadock's. Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry. 9th Ed. 2003.
3. Setiawan. Presentasi dalam Konfrensi Nasional Kesehatan Jiwa. 2001 (internet), Available from [http://www. Litbang.depkes.go.id/ publikasi_ BPPK/Maskes_BPPK/Triwulan 2/gangguan %20jiwa.htm-10k](http://www.Litbang.depkes.go.id/publikasi_BPPK/Maskes_BPPK/Triwulan_2/gangguan%20jiwa.htm-10k)
4. LAKIP. Laporan Akuntabilitas Kinerja Pemerintah Rumah Sakit Jiwa Prof.H.B. Saanin Padang, Sumatera Barat. 2007.
5. Hawari D. Pendekatan holistik pada gangguan Jiwa Skizofrenia, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta, 2001.
6. Maramis WF. Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa. Airlangga, Universitas Press. Surabaya. 1994.
7. Jean PS. and Canto E. Social defeat: Risk factor of schizophrenia. British journal of Psychiatry. 2005;187:101-102.
8. Mallett R, Leff J, Bhugra D, Pang D, Zhao Jing H. Social environment, ethnicity and schizophrenia. Social Psychiatry Section. Institute of Psychiatry. De Crespigny Park. London, SES 8AF, Uk, 2002.
9. Townsead. D. Lisa, Demeter. A. Chistina, Youngstrom. Drotoar Dennis Findling. L. Robert. Family Conflict Moderates Response to Pharmacology Intervensi in Pediatric Bipolar Disorder. Journal of Children and Adolescents Psychopharmacology. 2007.
10. Read J, Van Os J, Morrison AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. Acta Psychiatry Scandinavica. 2005;112:330-50.
11. Fakhari A, Ranjbar F. Dadashzadeh H, Moghaddas F. An Epidemiological Survey of Mental Disorders among Adult in the North, West Area of Tabriz, Iran. Departement of Psychiatry, Iran. 2005.
12. Cordosa SC, Caraffa TW, Bandeira M, Siquera LA, Abrew SM, Fonseca JP: Factor's Associated with Low Quality of Life in Schizophrenia. Rio de Janeiro. 2005. Available from [http:// www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/05.pdf) Accessed 27 September 2008.
13. Suara Merdeka. Ramadhan dan Gangguan Jiwa. 2008. [http://www.suaramerdeka.com/smcetak/ index.php?fuseaction=beritacetak.detailberitacetak&id_beritacetak=29624](http://www.suaramerdeka.com/smcetak/index.php?fuseaction=beritacetak.detailberitacetak&id_beritacetak=29624) suara merdeka edisi cetak (diakses tal 19 oktober 2008)
14. Alexander C. Psychiatric Morbidity Following Disasters: Epidemiology, Risk and Protective factors. University of Adelaide, Queen Elizabeth Hospital, Woodville, South Australia, Australia.2005
15. Van Den Bergh O. Stress at Work, in Singleton WT, & Dirkx J, (eds) Ergonomic, Health, and Safety, Perspectives for the Nineties, University Press, Leuven, 1991.
16. Kessler CR, Galea S, Jones T, Parker AH. Mental illnes and suicudatily after Hurrican Katrina, WHO, 2005. [internet] Available from: <http://www.who.int> Diakses 25 Oktober 2008.
17. Smet. CAD. Bart, Psikologi Kesehatan. Fakultas Psikologi Unika Soegijapranata. Semarang. 1993.
18. Soewadi. Mencegah Kekambuhan Penderita Gangguan Jiwa. Berkala Kesehatan Klinik. Yogyakarta. 2004;X(1).
19. Sarafino EP, Health Psychology, Biopsychosocial Interactions, John Wiley & Sons. New York, 1990.
20. Scholten A. Risk Factor for Schizophrenia. University of Manchester, 2007.
21. Werner Shirli. Dolores Malaspina Jonathan Rabinowitz. Socioeconomic Status at Birth Is Associated with Risk of Schizophrenia: Population-Based Multilevel Study. 2007. Availabel on [http:// schizophreniaibulletin.oxfordjournals. org/cgi/ reprint/sbm032v1](http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/cgi/reprint/sbm032v1) Diakses pada 29 September 2008.
22. Graham, Ph. Children in Danger, in: Hamburg, D. & Sartorius, N. (Eds), Health and Behaviour: Selected Perspectives, Cambridge University Press. Cambridge/New York, 1989.